

## 検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗 LGI1 抗体	血清 500 $\mu$ L 又は 髄液 500 $\mu$ L	-10 $^{\circ}$ C以下 (8週間)	15 営業日	IIF 法	-	-
抗 CASPR2 抗体						

### 基準値

陰性

### 判定基準

- 陽性  
陽性細胞が固定されたウェルにおいて、蛍光染色された細胞が認められ、且つ陰性細胞(EU90)が固定されたウェルにおいて、蛍光染色された細胞が認められなかった場合を陽性とします。
- 陰性  
陽性細胞が固定されたウェル及び陰性細胞(EU90)が固定されたウェルのいずれにおいても、蛍光染色された細胞が認められなかった場合を陰性とします。

### 緊急報告を行う検査値の範囲

無し

### 検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500～3500rpm で10～30分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存してください。

髄液の場合は、汎用の採取器を用い、髄液を採取し、-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存してください。

保存日数は採血日を基準とし、凍結状態での安定性です。

### 検体提出条件

採取後、-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存された検体をご提供ください。

### 検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

### 検体搬送に要する時間

4日以内

### 検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

### 参考文献

無し

### 備考

特に注意を要する事項はありません。

株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

TEL:03-5802-5971 FAX:03-5802-5974

## 検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗 MOG 抗体	血清 500 $\mu$ L	-10 $^{\circ}$ C以下 (4 週間)	15 営業日	IIF 法	-	-

### 基準値

陰性

### 判定基準

- 陽性  
陽性細胞(MOG 抗原を発現)が固定されたウェルにおいて、蛍光染色された細胞が認められ、且つ陰性細胞(EU90)が固定されたウェルにおいて、蛍光染色された細胞が認められなかった場合を陽性とします。
- 陰性  
陽性細胞(MOG 抗原を発現)が固定されたウェル及び陰性細胞(EU90)が固定されたウェルのいずれにおいても、蛍光染色された細胞が認められなかった場合を陰性とします。

### 緊急報告を行う検査値の範囲

無し

### 検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500～

3500rpm で 10～30 分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存してください。

### 検体提出条件

採血後、血清分離を行い-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存された検体をご提供ください。

### 検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

### 検体搬送に要する時間

4 日以内

### 検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

### 参考文献

無し

### 備考

特に注意を要する事項はありません。

株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

TEL: 03-5802-5971 FAX: 03-5802-5974

## 検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗シグナル認識粒子 抗体(抗 SRP 抗体)	血清 100 $\mu$ L	-10 $^{\circ}$ C以下 (4 週間)	15 営業日	ELISA 法	-	-

### 基準値

1.0IU/mL 未満

### 判定基準

- 陽性  
1.0IU/mL 以上
- 陰性  
1.0IU/mL 未満

### 緊急報告を行う検査値の範囲

無し

### 検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500～3500rpm で 10～30 分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存してください。

### 検体提出条件

採血後、血清分離を行い-10 $^{\circ}$ C以下の保存条件にて保存された検体をご提供ください。

### 検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

### 検体搬送に要する時間

4 日以内

### 検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

### 参考文献

Ikemoto K, et al. Medical Science Digest Vol 42(8), 2016: 37-40.

### 備考

特に注意を要する事項はありません。

## 検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗ヒドロキシメチルグルタ リル CoA レダクターゼ 抗体(抗 HMGCR 抗体)	血清 100 $\mu$ L	-10°C以下 (4 週間)	15 営業日	ELISA 法	-	-

### 基準値

1.0IU/mL 未満

### 判定基準

- 陽性  
1.0IU/mL 以上
- 陰性  
1.0IU/mL 未満

### 緊急報告を行う検査値の範囲

無し

### 検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500～3500rpm で 10～30 分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10°C以下の保存条件にて保存してください。

### 検体提出条件

採血後、血清分離を行い-10°C以下の保存条件にて保存された検体をご提供ください。

### 検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

### 検体搬送に要する時間

4 日以内

### 検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

### 参考文献

Ikemoto K, et al. Medical Science Digest Vol 42(8), 2016: 37-40.

### 備考

特に注意を要する事項はありません。

## 株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

TEL: 03-5802-5971 FAX: 03-5802-5974

## 検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
抗アクアポリン 4 抗体 (CBA 法)	血清 500 $\mu$ L	-10°C以下 (4 週間)	15 営業日	Cell-based assay 法	-	-

### 基準値

陰性

### 判定基準

- 陽性  
アクアポリン 4 発現 HEK293 細胞を播種したウェルにおいて、顆粒状に染色されている細胞が認められた場合を陽性とします。
- 陰性  
顆粒状に染色されている細胞が認められなかった場合を陰性とします。

### 緊急報告を行う検査値の範囲

無し

### 検体採取・保存方法

汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2500~3500rpm で 10~30 分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10°C以下の保存条件にて保存してください。

### 検体提出条件

採血後、血清分離を行い-10°C以下の保存条件にて保存された検体をご提出ください。

### 検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

- 検体 ID
- 性別
- 年齢
- 検体の種類
- 検体採取年月日
- 検査依頼項目
- 施設名及び依頼者名

### 検体搬送に要する時間

4 日以内

### 検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

### 参考文献

Takahashi T, et al. *Tohoku J Exp Med.* 2006; 210(4): 307-13.

### 備考

特に注意を要する事項はありません。

株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

TEL: 03-5802-5971 FAX: 03-5802-5974

## 検査案内書

検査項目	検体・検体量	保存 (日数)	所要日数	検査方法	実施料 判断料	備考
Titin Autoantibody Test	血清 2mL	-10°C以下 (11 ヲ月)	最大 1 ヲ月半	ELISA	-	基準値 1 判定基準 1
Ganglionic AChR (nAChR) Antibody Test	血清 2mL	-10°C以下 (4 ヲ月)		RIA		基準値 2 判定基準 2
MAG 'Dual Antigen' <sup>®</sup> Antibody Test	血清 2mL	-10°C以下 (4 ヲ月)		ELISA, Western Blot		基準値 3 判定基準 2
GALOP™ Antibody Test	血清 2mL	-10°C以下 (4 ヲ月)		ELISA		基準値 4 判定基準 2
Sulfatide Antibody Test	血清 2mL	-10°C以下 (4 ヲ月)		ELISA		基準値 5 判定基準 2
Amphiphysin Antibody Test	血清 2mL 又は 髄液 1mL	-10°C以下 (28 日)		Immunoblot		基準値 6 判定基準 2
Recombx™ CAR (Anti- Recoverin) Antibody Test	血清 2mL	-10°C以下 (28 日)		Western Blot		基準値 6 判定基準 2
Recombx™ CV2 Antibody Test	血清 2mL 又は 髄液 1mL	-10°C以下 (28 日)		Western Blot		基準値 6 判定基準 2
Recombx™ Hu Antibody Test	血清 2mL 又は 髄液 1mL	-10°C以下 (28 日)		ELISA, Western Blot		基準値 6 判定基準 2
Recombx™ MaTa Antibody Test	血清 2mL 又は 髄液 1mL	-10°C以下 (28 日)		Western Blot		基準値 6 判定基準 2
Recombx™ Ri Antibody Test	血清 2mL 又は 髄液 1mL	-10°C以下 (28 日)		Western Blot		基準値 6 判定基準 2
Recombx™ Yo Antibody Test	血清 2mL 又は 髄液 1mL	-10°C以下 (28 日)		Western Blot		基準値 6 判定基準 2
Recombx™ Zic4 Antibody Test	血清 2mL	-10°C以下 (28 日)		Western Blot		基準値 6 判定基準 2
GQ1b Antibody Test	血清 2mL	-10°C以下 (4 ヲ月)	ELISA	基準値 7 判定基準 2		
GD1a Antibody Test	血清 2mL	-10°C以下 (4 ヲ月)	ELISA	基準値 8 判定基準 2		

### 基準値 1

<0.1

### 基準値 2

<55pmol/L

### 基準値 3

ELISA: MAG<1:1,600; SGPG<1:3,200

Western Blot: 陰性

### 基準値 4

<10,000

### 基準値 5

<1:2,000

### 基準値 6

陰性

### 基準値 7

<100

### 基準値 8

<1:100

### 判定基準 1

1. 陽性  
>0.6
2. 境界域  
0.1-0.6
3. 陰性  
<0.1

### 判定基準 2

無し

### 緊急報告を行う検査値の範囲

無し

### 検体採取・保存方法

血清の場合は、汎用の血清採取用の採血管を用い、必要量が採取できるよう血液を採取してください。

採血後、数回転倒混和し、室温に静置させ、2,500～3,500rpm で10～30分間遠心分離してください。

遠心分離後、上清を汎用の樹脂製容器に移し、-10℃以下の保存条件にて保存してください。

髄液の場合は、汎用の採取器を用い、髄液を採取し、-10℃以下の保存条件にて保存してください。

保存日数は採血日を基準とし、凍結状態での安定性です。

### 検体提出条件

-10℃以下の保存条件にて保存された検体をご提供ください。

保存日数が28日の検査項目につきましては、採取後1週間以内に検体をご提供ください。

### 検査依頼書・検体ラベルへの記入事項

検査依頼書及び検体ラベルに、下記の事項を記入してください。

1. 検体 ID
2. 性別
3. 年齢
4. 検体の種類
5. 検体採取年月日
6. 検査依頼項目
7. 施設名及び依頼者名

### 検体搬送に要する時間

4日以内

### 検体受領場所

予め申し合わせの上、下記の場所で受領致します。

## 検査委託先

Athena Diagnostics

## 参考文献

無し

## 備考

第2金曜日までの受付分は翌月第2金曜日までにご報告致します。

第4金曜日までの受付分は翌々月第1金曜日までにご報告いたします。

## 株式会社コスミックコーポレーション

〒112-0002 東京都文京区小石川 2-7-3 富坂ビル

TEL:03-5802-5971 FAX:03-5802-5974